

*Análise Psicológica* (2004), 3 (XXII): 551-570

# Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003 (\*)

*BÁRBARA FIGUEIREDO* (\*\*)

*ALEXANDRA PACHECO* (\*\*\*)

*RUTE MAGARINHO* (\*\*\*\*)

## 1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é uma das questões realçada no relatório sobre o estado de saúde dos jovens na União Europeia, dado que implica um significativo aumento do risco para problemas sociais, económicos e de saúde da mãe e do bebé (European Commission, 2000). Como veremos, esta problemática que está largamente presente em Portugal tem origem num conjunto diverso de circunstâncias desfavoráveis, sobre-

tudo do ponto de vista social e psicológico e resulta em consequências adversas, quer para a mãe quer para o bebé.

A gravidez na adolescência é um problema largamente presente no nosso país, muito embora, desde há duas décadas a esta data, se assista a uma diminuição do número de gravidezes em mães com menos de 20 anos de idade<sup>1,2</sup>, seguindo a tendência observada nos restantes países de Europa (Clearie, 1985; Justo, 2000; Pearce, Cantisani & Laihonon, 1999; Santos, 1997) e

---

(\*) Agradecimentos: Queremos agradecer a todas as mães que voluntariamente participaram neste estudo, assim como às Dras. Ana Marques, Ana Rodrigues, Cristina Cabeleira e Raquel Costa que colaboraram na recolha dos dados apresentados neste artigo.

Apoios: Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian (Proc. 48914/02-04).

(\*\*) Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

(\*\*\*) Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

(\*\*\*\*) Médica Obstetra. Responsável pela Consulta Externa de Obstetrícia de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (Porto).

---

<sup>1</sup> Em 1985, Portugal (26.0) situava-se em segundo lugar a seguir à Grécia (com 28.6) (sendo nesse ano a média nos países europeus de 14.2); em 1995, situava-se ainda em segundo lugar (16.6), mas agora a seguir ao Reino Unido (com 22.0) (quando a média nos países europeus foi de 9.8).

<sup>2</sup> Tendo em conta os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, também Justo (2000) salienta que, em Portugal, ao aumento de nascimentos ocorridos em mães com menos de 20 anos entre 1947 e 1977, segue-se um decréscimo entre 1977 e 1996. Os valores que este autor apresenta têm a vantagem de serem relativos, quer à fertilidade em mães adultas, quer ao total de indivíduos do sexo feminino, e mostram que a diminuição que se refere ultrapassa a diminuição

nos Estados Unidos (Arias, MacDorman, Strobino & Guyer, 2004). Com efeito, segundo o Eurostat (1999), o índice de fertilidade em mães com idades entre os 15 e os 19 anos é, em Portugal, largamente superior à média dos países europeus: em 1997, o número de nascimentos por 1.000 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos, foi de 17.0, o que corresponde a um valor 4 vezes superior ao de outros países da União Europeia, particularmente Holanda e Suécia, só ultrapassado pelo Reino Unido (25.0). No entanto, a situação não é comparável ao que acontece em outros países como os Estados Unidos (com um índice de 86.7, em 1999 e 42.9, em 2002) (Arias, MacDorman, Strobino, & Guyer, 2003; Ventura, Abma, Mosher, Henshaw, et al., 2003) e o Brasil (85.3, em 1998) (da Silva, Simões Barbieri, Bettiol, & Lamy-Filho, 2003; Simões, Silva, Bettiol, Lamy-Filho, Tonial, & Mochel, 2003).

A maior parte dos estudos disponíveis, conduzidos em Portugal e nos restantes países ocidentais, dá conta do mesmo panorama: a gravidez ocorre sobretudo junto das adolescentes que vivem nas situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural. As condições sociais e económicas desfavoráveis, mais correntemente assinaladas como estando na origem da gestação na adolescência, são: a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego, em estudos realizados quer no nosso país (Almeida, 1987; Grande, 1997; Jongenelen, 1998; Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2003a; Pacheco, Figueiredo, Costa, & Magarinho, 2003b; Silva & Nóbrega, 1983), quer nos restantes países ocidentais (e.g., Alvarez, Burrows, Zvaighat, & Santiago, 1987; Bynner & Parsons, 1999; Chase-Lansdale & Brooks-Gunn, 1994; Coley & Chase-Lansdale,

1998; Furstenberg & Brooks-Gunn, 1985; Kieran, 1995; Smith, 1993; Stevens-Simon & McAnarney, 1996). Assim, não obstante a variabilidade que também é notada, as mães adolescentes são sobretudo jovens que vivem em áreas mais pobres e degradadas, que estão mais desprotegidas ou são mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e social, nomeadamente porque foram excluídas do sistema escolar ou estão desempregadas (Social Exclusion Unit, 1999). Estudos mais recentes verificam que iguais circunstâncias desfavoráveis podem também ser encontradas junto dos pais dos bebés das mães adolescentes (e.g., Ekeus & Chirstensson, 2003; Pirog-Good, 1995).

As adolescentes que engravidam, com significativa frequência viveram condições adversas no decurso da sua trajetória de desenvolvimento, tais como: maternidade adolescente da mãe (Davis, 1989; Hogan & Kitagawa, 1985; Holden, Nelson, Velasquez, & Ritchie, 1993; Kieran, 1995; Zabin & Hayworth, 1993), ausência do pai (Barnett et al., 1991; Ellis, Bates, Dodge, Ferrgusson, Horwood, et al., 2003; Hogan & Kitagawa, 1985; Holden et al., 1993), institucionalização precoce (Botting, Rosato, & Wood, 1998), abuso físico ou sexual (Michael, Gagnon, Lauman, & Kolat, 1994; Parker, Soeken, & Torres, 1993), instabilidade, inadequação ou falta de supervisão familiar (Barnett, Papini, & Gbur, 1991; Hogan & Kitagawa, 1985; Holden et al., 1993; Miller, McCoy, Olson, & Wallace, 1986; Zabin & Hayworth, 1993). Verifica-se que o risco de uma gravidez na adolescência aumenta de forma significativa à medida que aumenta o número de condições adversas durante a infância, as quais têm um efeito cumulativo e são, na opinião de alguns autores, as principais circunstâncias de risco para a gestação na adolescência e, mais do que a idade, os principais factores responsáveis pelos efeitos negativos observados sobre as adolescentes e seus bebés (Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks, & Marks, 2004). Por outro lado, quando sucede na adolescência, a gestação não foi muitas vezes, nem planeada nem desejada, o que compromete negativamente o envolvimento com a gravidez e os cuidados pré-natais (Crosby, DiClemente, Wingood, Rose, & Lang, 2003).

Outras características são também apontadas em associação com a maternidade na adolescência

---

esperada, tendo em conta a redução do índice de fertilidade na população em geral, assim como a redução da população jovem. Mais autores verificam a redução do número de nascimentos na população adolescente, em diversos países de Europa, mesmo quando se considera a diminuição do índice de fertilidade e da população jovem, observando que as mulheres tendem cada vez mais a ter menos filhos e a ter os filhos em idades mais avançadas (Pearce, Cantisani, & Laihonon, 1999).

cia, tais como: início precoce da actividade sexual, falta de conhecimentos a respeito da sexualidade e uso muito pouco frequente de contracepção (Holden et al., 1993; Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, et al., 1996). As atitudes negativas em relação ao sexo (e.g., Boxer, 1992), as atitudes positivas em relação à gravidez e as atitudes irrealistas em relação ao exercício da parentalidade (e.g., Jaccard, Dodge, & Dittus, 2003a, 2003b; Murry, 1995) fazem igualmente prever a gravidez na adolescência.

Com frequência a exclusão social é causa, mas também consequência agravada pela gravidez na adolescência, que torna mais desfavorável uma situação que é já de si desfavorável à partida (Fessler, 2003; Figueiredo, 2000). Na sequência da gravidez, verifica-se um outro conjunto de situações adversas, dado que está significativamente aumentado o risco de a adolescente voltar a engravidar antes dos 20 anos de idade (Furstenberg & Brooks-Gunn, 1985; Wellings, Wadsworth, Johnson, Field, et al., 1996), assim como são correntes as dificuldades obstétricas e os problemas de saúde da mãe (Irvine, Bradley, Cupples, & Bohan, 1997). Em consequência da gravidez, cerca de metade das mães adolescentes rompe o seu relacionamento com o companheiro (Allen, 1998), deixa de estudar (Furstenberg & Brooks-Gunn, 1985; Hobcraft & Kiernan, 1999), perde o emprego ou reduz as suas possibilidades de progressão profissional (Bynner & Parsons, 1999; Furstenberg & Brooks-Gunn, 1985), ou ainda, vive sozinha (Allen, 1998), em condições precárias ou de baixo rendimento económico (Furstenberg & Brooks-Gunn, 1986; Speak, Cameron, Woods, & Gilroy, 1995).

Os seus filhos com mais frequência tendem a morte fetal, nascimento prematuro e baixo peso à nascença (Apfel & Seitz, 1997; Botting, Rosato, & Wood, 1998; Chang, O'Brien, Nathanson, Mancini, & Witter, 2003; da Silva et al., 2003; Santos, 1997; Simões et al., 2003; Kirchengast & Hartman, 2003; Wang & Chou, 2003), ser admitidos em hospitais e ser vítimas de acidentes, ser alvo de negligência ou de abuso (Baranowski, Schilmoeller, & Higgins, 1990; Zuravin & DiBlasio, 1996), pelo que a taxa de mortalidade infantil é particularmente elevada no grupo de mães adolescentes. Observa-se ainda um maior número de crianças com atrasos no desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar, problemas de com-

portamento (Apfel & Seitz, 1997; Hann, Osofsky, & Culp, 1996; Miller, Miceli, Whitman, & Borowski, 1996) e padrões inseguros de vinculação (Broussard, 1995; Frodi, Grolnick, Bridges, & Berko, 1990; Susman, Kalkose, Egeland, & Waldman, 1996).

Estas consequências são correntemente mais visíveis nas adolescentes mais novas, em relação às de mais idade (e.g., Chang et al., 2003; Kirchengast & Hartman, 2003), e nas adolescentes com experiências adversas durante a infância ou na actual gravidez, diminuindo significativamente quando viveram/vivem em contextos mais favoráveis (Hillis et al., 2004).

Saliente-se, por último, que esforços efectivos têm sido desenvolvidos em Portugal, durante os últimos anos, no sentido de prevenir a gravidez na adolescência (Escola do Cerco, 1997; Mendes, Horta, Paulo, & Lopes, 1997) e de minimizar os seus efeitos adversos sobre a mãe e o bebé (Figueiredo, 2001; Figueiredo, Matos, Magalhães, Martins, Jongenelen et al., 2000; Silva, Cabral, & Zuckerman, 1993).

O presente estudo tem por principal objectivo caracterizar as condições relativas à gravidez na adolescência em Portugal. Ao analisar as mudanças que ocorrem ao longo da gestação, em áreas significativas da vida da adolescente, pretende também contribuir para o melhor conhecimento das dificuldades associadas a esta problemática.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

A amostra é constituída por 161 adolescentes grávidas, com idade igual ou inferior a 18 anos à data provável do parto, aleatoriamente seleccionadas durante o terceiro trimestre de gestação, no período entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, do total de casos atendidos na Consulta Externa de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto).

### 2.2. Instrumentos

O Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis (Figueiredo, 2000) é composto por 125 questões, adminis-

tradas sob a forma de uma entrevista, que são cotadas a partir de um conjunto de opções disponíveis, previamente fixadas. Recolhe dados sociais e demográficos relativos à grávida e ao companheiro, nomeadamente: idade, naturalidade, escolaridade, estatuto profissional, estado civil, estrutura familiar, hábitos de consumo, estado de saúde física e psicológica e antecedentes pessoais. Informa a respeito da família de origem da grávida, em aspectos como: número de irmãos, idade dos pais, estado civil dos pais, situação profissional dos pais, escolaridade dos pais, hábitos de consumo dos pais, estado de saúde física e psicológica dos pais e antecedentes pessoais dos pais. Faz o levantamento das circunstâncias anteriores de vida, físicas e psicológicas de risco, da adolescente e do seu companheiro, por exemplo: morte de um dos pais, separação dos pais, institucionalização, abuso/negligência, violência doméstica, consumo de álcool ou substâncias ilícitas e suicídio. Abrange ainda a sexualidade (por exemplo: início da actividade sexual, conhecimento e uso de métodos contraceptivos) e a actual gravidez, nomeadamente as condições em que decorre (tipo de gestação, planeamento da gravidez e do parto, conhecimento da gravidez, aceitação da gravidez, regularidade no acompanhamento médico, etc.).

### 2.3. *Procedimentos*

Todas as utentes foram contactadas na Consulta Externa de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes da MJD, entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, e foram entrevistadas individualmente, por psicólogas do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, após consentimento informado. A participação no estudo foi voluntária.

## 3. RESULTADOS

### 3.1. *Condições de existência das grávidas adolescentes e seus companheiros*

A apresentação dos resultados relativos ao primeiro objectivo deste estudo – a caracterização das condições de existência das grávidas adolescentes atendidas na consulta e seus compa-

nhheiros – refere-se as seguintes dimensões: 1) dados sociais e demográficos (grávida e companheiro); 2) condições anteriores de existência (grávida e companheiro); 3) outros dados relativos à família de origem; 4) história obstétrica; 5) dados relativos ao relacionamento com o companheiro e com a família de origem e do companheiro; 6) dados relativos à actual gravidez, incluindo: a) planeamento/conhecimento, b) aceitação, c) hábitos de consumo e d) acompanhamento médico. Num primeiro momento, todas as dimensões consideradas foram caracterizadas com recurso a análises descritivas dos dados. Num segundo momento, o teste de qui-quadrado permitiu estudar o significado estatístico das associações entre variáveis relativas à grávida e variáveis relativas ao companheiro. Num terceiro momento, e dependendo do tipo de variáveis em estudo (ordinais ou dicotómicas), testes não paramétricos para amostras emparelhadas ou testes de qui-quadrado (respectivamente) foram empregues para testar diferenças ou associações entre: grávida/companheiro; grávida/família de origem; grávida/família do companheiro.

#### 3.1.1. Dados sociais e demográficos: grávida e companheiro

As adolescentes que tomaram parte deste estudo têm, na sua grande maioria, naturalidade portuguesa (98.8%) (as restantes 1.2% são originárias de outros países) e residem quase todas na Área do Grande Porto. As suas idades estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos (média=16.06 anos). A maior parte dos companheiros tem também naturalidade portuguesa (94.4%) (os restantes são originários em 3.8% dos casos dos PALOP e em 1.9% dos casos de outros países), mas são significativamente mais velhos ( $t(159)=-14.354$ ,  $p=.000$ ), com idades entre os 14 e os 37 anos (média=20.53 anos). Em mais de um quarto dos casos (31.9%) ambos os pais têm idade inferior a 19 anos (cf. Quadro 1).

Toda a amostra é alfabetizada, mas poucas grávidas possuem a escolaridade obrigatória, pois 78.3% têm menos de 9 anos de estudo (média de anos completos de estudo=6.94 anos); o mesmo se constata com os companheiros, visto que grande parte tem também menos de 9 anos de estudo (71.8%) (média de anos completos de estudo=7.10 anos), não sendo significativas as di-

ferências entre pais e mães quanto ao número de anos completos de estudo ( $t(141)=-.158, p=.875$ ).

A maioria das adolescentes está desocupada, não estando nem a trabalhar nem a estudar (66.5%); no entanto, algumas estão empregadas (21.2%) ou a estudar (12.3%). Quando empregadas têm geralmente profissões do tipo manual [não especializado (84.1%) ou especializadas (11.1%)], sendo menos frequente na amostra as profissões não manuais [não especializadas (0%) ou especializadas (4.8%)]. Embora os companheiros es-

tejam significativamente mais vezes ocupados do que as adolescentes ( $X^2(1)=60.924, p=.000$ ), pois a maior parte trabalha (73.8%) ou estuda (3.1%), um número elevado também não tem ocupação (23.1%). Observa-se ainda uma associação entre companheiro e grávida ao nível da respectiva situação profissional: estar empregado/estar desempregado ( $X^2(1)=5.347, p=.014$ ).

As profissões dos companheiros são igualmente mais do tipo manual [não especializado (65.1%) e especializado (27.6%)] do que do tipo

QUADRO 1  
*Dados sociais e demográficos: Grávida e companheiro*

		Grávida %	Companheiro %
<b>Idade</b>	12-14	8.7	0.6
	15-16	49.7	6.9
	17-18	41.6	24.4
	≥19	0	68.1
<b>Anos de estudo</b>	<9	78.3	71.8
	≥9 e ≤12	15.4	16.3
	>12	6.3	11.9
<b>Estatuto ocupacional Profissão</b>	Empregada(o)	21.2	73.8
	Manual	95.2	92.7
	Não especializado	84.1	65.1
	Especializado	11.1	27.6
	Não Manual	4.8	7.3
	Não especializado	0	4.9
	Especializado	4.8	2.4
	Estuda	12.3	3.1
	Desempregada(o)	66.5	23.1
<b>Estado civil</b>	Casada(o)	13.0	13.7
	Regime de coabitação	43.5	47.8
	Solteira/o	43.5	38.5
<b>Agregado familiar</b>	A viver com a família	78.2	77.7
	Com o companheiro/a	36.6	39.8
	Sem o companheiro/a	41.6	37.9
	A viver sem a família	21.8	22.3
	Com o companheiro/a	20.6	21.1
	Sem o companheiro/a	1.2	1.2
<b>Paridade</b>	Primigestas	85.7	
	Primiparas	94.4	



não manual [não especializado (4.9%) e não manual especializado (2.4%)], não se verificando diferenças significativas entre o tipo de profissões no grupo de grávidas e no grupo de companheiros ( $X^2(1)=0.451$ ,  $p=.372$ ). No entanto, não se estabelece qualquer associação significativa entre mães e pais em relação a terem profissões de tipo manual ou não manual ( $X^2(1)=0.120$ ,  $p=.893$ ).

A amostra divide-se quase equitativamente pelas grávidas que são solteiras (43.5%) e as que vivem em regime de coabitação (43.5%), as restantes são casadas (13.0%), à semelhança do que se verifica com os seus companheiros.

Em termos do agregado familiar, três situações são mais usuais e ocorrem com frequência semelhante na amostra em estudo: a adolescente viver com a família e sem o companheiro (41.6%); a adolescente viver com a família e com o companheiro (36.6%); a adolescente viver sem a família, mas com o companheiro (20.6%). Consequentemente, as participantes vivem a maior parte das vezes com a família (78.2%) (em apenas 21.8% dos casos sem a família) e a maior parte das vezes com o companheiro (57.2%) (em apenas 42.8% dos casos sem o companheiro). É pouco comum que a grávida não viva nem com a família nem com o companheiro (1.2%).

### 3.1.2. Condições anteriores de existência: grávida e companheiro

A maioria das adolescentes (73.3%) preenche, ou uma (19.9%), ou duas (15.5%), ou três ou mais (37.9%) das condições adversas anteriores de existência listadas no estudo. Do mesmo modo, também a maioria dos companheiros (61.1%) refere a presença de uma condição (24.8%), em 12.7% dos casos duas, e em 23.6% dos casos mais do que duas condições adversas anteriores de existência. Verificam-se diferenças significativas no grupo de grávidas e no grupo de companheiros, em relação a terem ou não terem acontecimentos adversos ao longo das suas trajectórias de desenvolvimento, com maior presença de acontecimentos adversos na grávida e maior ausência desses mesmos acontecimentos no companheiro, comparativamente ao que seria de esperar se a distribuição desses incidentes pelos grupos fosse atribuível ao acaso ( $X^2(1)=5.328$ ,  $p=.014$ ). As grávidas adolescentes relatam ainda um significativo maior número de acontecimentos adversos ao

longo da sua trajectória desenvolvimental (média=2.401) do que os companheiros (média=1.471), ( $t(156)=4.667$ ,  $p=.000$ ). Não se observa uma associação significativa entre a presença/ausência de condições anteriores adversas de existência entre as grávidas e seus respectivos companheiros ( $X^2(1)=0.709$ ,  $p=.254$ ).

Quanto ao tipo de circunstâncias adversas, note-se que cerca de um quarto das participantes tem pais separados ou divorciados (28.6%); recebeu cuidados parentais por substitutos na família (23.6%), fora da família (5.0%), ou por padrasto/madrasta (10.6%); em muitos casos os pais das grávidas foram eles próprios pais adolescentes (37.3%); algumas participantes estiveram mais de um mês sem contacto com os pais (22.4%), são órfãs de pelo menos um dos pais (15.5%), foram precocemente institucionalizadas (6.2%) ou adoptadas (0.6%). Regista-se também um elevado número de adolescentes com história anterior de tentativa de suicídio (9.3%), maus-tratos ou negligência (11.8%), abuso sexual (3.1%) ou que esteve internada mais de um mês para receber cuidados hospitalares (3.7%). Existem ainda relatos frequentes de condições físicas de grande precariedade (6.2%), isolamento social ou familiar (0.6%), problemas com a justiça (3.1%), emigração (2.5%), violência doméstica (13.0%), incapacidade física (0.6%) ou psicológica (1.2%), alcoolismo (18.0%) ou consumo de substâncias ilícitas (13.7%) na família de origem das participantes (cf. Gráfico 2).

Em relação aos companheiros, os seguintes acontecimentos anteriores adversos foram sinalizados: separação ou divórcio dos pais (21.8%), morte de pelo menos um dos pais (16.6%), mais de um mês sem contacto com os pais (17.9%), cuidados parentais por substitutos na família (13.5%), fora da família (1.9%) ou por padrasto/madrasta (8.3%), pais adolescentes (6.5%), institucionalização precoce (3.2%) ou adopção (1.3%). Foi ainda referida, em relação ao companheiro, tentativa de suicídio (1.3%), história de maus-tratos e negligência (8.3%) e internamento hospitalar com mais de um mês de duração (6.4%). Também se encontram presentes problemas com a justiça (5.7%), condições físicas de grande precariedade (3.2%), violência doméstica (7.7%), isolamento social ou familiar (0.6%), emigração (4.5%), incapacidade física (1.3%) ou psicológica (0.6%), alcoolismo (12.1%) e consumo de substâncias

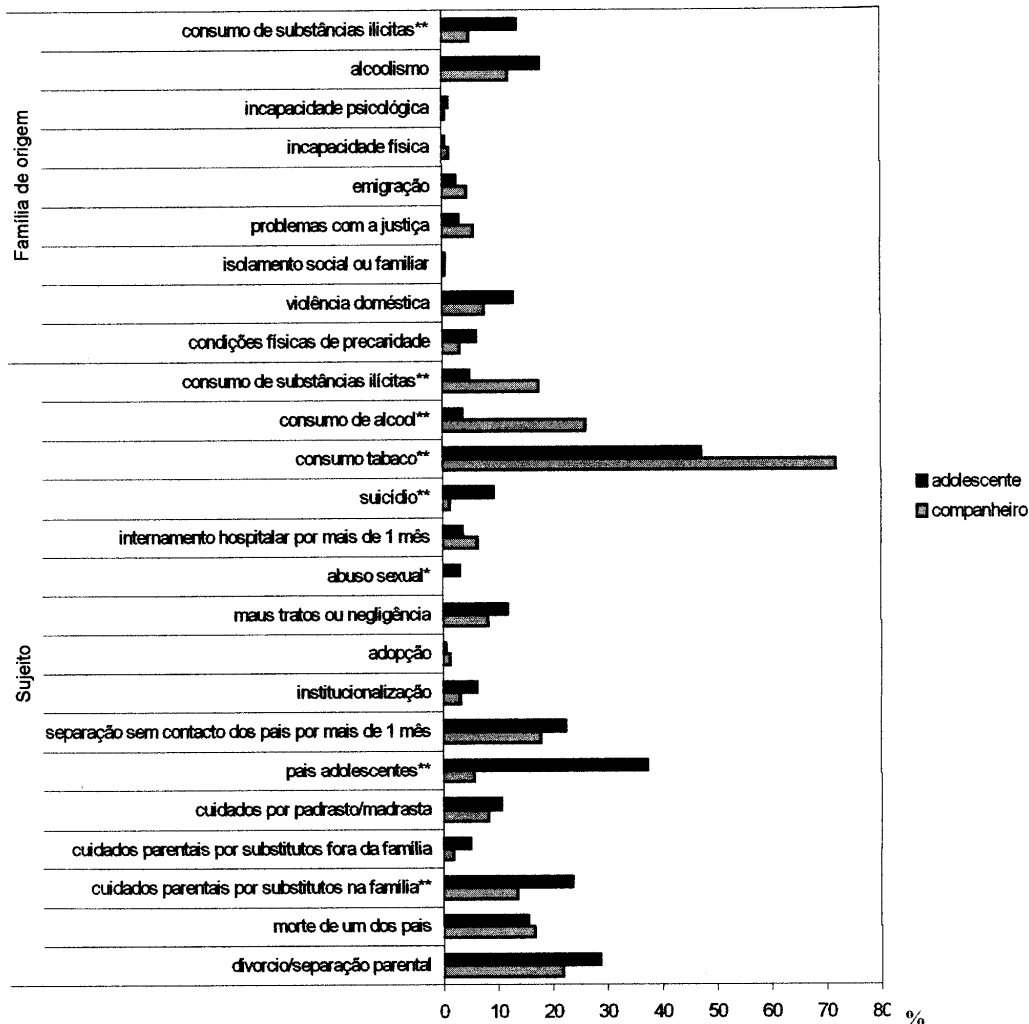
ilícitas (5.1%) na família de origem do companheiro.

Observa-se uma associação significativa entre a presença de determinados acontecimentos adversos na grávida e a presença dos mesmos acontecimentos adversos no companheiro. As grávidas adolescentes que relatam maus-tratos ou negligência ( $X^2(1)=11.097$ ,  $p=.006$ ), cuidados parentais por substitutos fora da família ( $X^2(1)=23.809$ ,  $p=.007$ ), internamento hospitalar por mais de um mês ( $X^2(1)=7.539$ ,  $p=.048$ ), condições físicas de

grande precariedade ( $X^2(1)=9.715$ ,  $p=.033$ ), violência doméstica ( $X^2(1)=4.894$ ,  $p=.050$ ), alcoolismo ( $X^2(1)=5.329$ ,  $p=.030$ ) na família de origem, e problemas com a justiça ( $X^2(1)=11.134$ ,  $p=.027$ ), têm companheiros que descrevem, em número superior ao que seria de esperar numa distribuição ao acaso, as mesmas condições adversas de existência.

Analisando por outro lado as diferenças entre o grupo de grávidas e o grupo de companheiros, em relação ao tipo de acontecimentos adversos

GRÁFICO 1  
Condições anteriores de existência: Grávida e companheiro



\*\* $p<.01$ ; \* $p<.05$

presentes ao longo do desenvolvimento, verifica-se que as grávidas, em contraponto aos companheiros, relatam mais situações de: pais adolescentes ( $X^2(1)=43.486$ ,  $p=.000$ ), cuidados parentais por substitutos na família ( $X^2(1)=5.379$ ,  $p=.014$ ), abuso sexual ( $X^2(1)=4.922$ ,  $p=.033$ ), tentativa de suicídio ( $X^2(1)=10.078$ ,  $p=.001$ ) e consumo de substâncias ilícitas na família de origem ( $X^2(1)=6.738$ ,  $p=.007$ ); enquanto que os companheiros, relatam mais situações de problemas com a justiça ( $X^2(1)=1.303$ ,  $p=.193$ ).

### 3.1.3. Outros dados relativos à família de origem: grávida

Na sua maior parte, as mães das participantes são casadas (62.7%), mas estão sobre-representados na amostra os casos de coabitação (10.5%), separação/divórcio (16.3%), viuvez (6.5%) ou de mães solteiras (3.9%). A maioria tem menos de 43 anos de idade (66.3%) e um número elevado foi mãe antes dos 18 anos (33.1%). Um número significativo (31.7%) está desempregada.

Os pais das participantes muitas vezes estão casados (67.9%), outros vivem em regime de co-

abitação (12.1%), são separados/divorciados (14.3%), solteiros (2.1%) ou viúvos (3.6%). Têm menos de 43 anos de idade em 44.4% dos casos e em 18.3% dos casos estão desempregados.

Relativamente aos hábitos de consumo das mães das adolescentes, verifica-se que: 28.3% fuma, 23.2% consome regularmente álcool (1.3% é alcoólica) e 2.6% consome substâncias ilícitas. No que concerne aos hábitos de consumo dos pais das adolescentes, constata-se que: cerca ou mais de metade fuma (64.0%) ou consome regularmente álcool (48.6%), muitos são alcoólicos (7.1%) ou consumidores de substâncias ilícitas (3.6%).

### 3.1.4. Dados relativos à sexualidade: grávida

Para todas as grávidas a menarca ocorreu entre os 8 e os 16 anos (média=11.96 anos) e a coitarca entre os 9 e os 18 anos de idade (média=15.02 anos); mais de metade da amostra (67.7%) teve a primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade.

Quase todas as participantes (98.1%) tem conhecimento de pelo menos um método contra-

QUADRO 2  
*História obstétrica e gravidez actual*

			Grávida %
<b>História Obstétrica</b>	Planeamento familiar		59.8
		Primigestas	85.7
		Primiparas	94.4
	Interrupção gravidez	Involuntária	5.0
		Voluntária	1.2
<b>Gravidez Actual</b>	Planeamento	Planeada	47.8
		Não planeada	52.2
		- <i>desejada</i>	26.7
		- <i>não desejada</i>	25.5
	Conhecimento	> 1.º trimestre	25.3
	Participação	≥ 1 mês após conhecimento	48.7
	Primeira consulta	> 1.º trimestre	43.3
	Consumo	Tabaco	21.7
		Álcool	1.2
		Substâncias ilícitas	0.6



ceptivo; os métodos mais conhecidos são a pílula (94.4%) e o preservativo (92.5%), enquanto os espermicidas (16.8%) e o DIU (21.7%) são praticamente desconhecidos na amostra. Apesar de, no geral, as adolescentes conhecerem os métodos contraceptivos, apenas pouco mais de metade os usou pelo menos uma vez (59.8%); mais frequentemente, a pílula (39.1%) e o preservativo (30.4%).

### 3.1.5. História obstétrica

A maior parte das adolescentes é primípara (94.4%); no entanto, 14.3% da amostra já esteve grávida pelo menos uma vez, pois: 5.6% tem um filho presentemente a viver com elas, 2.5% referem gravidez anterior com morte neo-natal, 5.0% relatam interrupção involuntária e 1.2% interrupção voluntária de gravidez. Uma pequena percentagem (2.5%) têm uma doença ginecológica e 1.9% (assim como 1.9% dos companheiros) tem uma doença sexualmente transmissível. Só uma adolescente está grávida de gémeos, pelo que 99.4% da amostra tem uma gestação simples.

### 3.1.6. Dados relativos ao relacionamento com o companheiro e com a família de origem e do companheiro

Na maioria dos casos as adolescentes qualificam de 'bom' ou 'muito bom' o relacionamento com o pai do bebé (85.7%), poucas descrevem-no como 'razoável' (11.8%) ou 'mau ou muito mau' (2.5%). Cerca de três quartos das grávidas dizem ter um relacionamento 'bom' ou 'muito bom' com a sua família de origem (76.8%), as restantes relatam um relacionamento 'razoável' (15.1%), 'mau ou muito mau' (6.9%), ou 'inexistente' (1.3%). Mais de metade da amostra refere um relacionamento 'bom' ou 'muito bom' com a família do companheiro (61.4%), mas muitas participantes qualificam-no de 'razoável' (19.6%), 'mau ou muito mau' (10.8%) ou 'inexistente' (8.2%).

Comparando a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro, com a família de origem e com a família do companheiro, verifica-se que a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro é significativamente melhor (média=4.78) do que a qualidade do relacionamento com a sua família de origem (média=3.89) ( $t(159)=10.291$ ,  $p=.000$ ) e com a família

do companheiro (média=3.39) ( $t(158)=15.305$ ,  $p=.000$ ). Contudo, na comparação entre a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro com a qualidade do relacionamento da grávida com a família do companheiro não se encontram diferenças significativas ( $X^2(1)=0.722$ ,  $p=.238$ ). Quando se analisa a qualidade do relacionamento da grávida com o companheiro e a qualidade do relacionamento da grávida com a sua família, verificam-se associações significativas, que mostram um maior número de grávidas com um relacionamento 'bom' ou 'muito bom' com o companheiro tem em maior número um relacionamento 'bom' ou 'muito bom' com a família de origem, do que o número que seria de esperar numa distribuição ao acaso ( $X^2(1)=8.728$ ,  $p=.002$ ). No entanto, não existe uma associação significativa entre um melhor ou pior relacionamento com o companheiro e um melhor ou pior relacionamento com a família do companheiro ( $X^2(1)=0.239$ ,  $p=.392$ ).

### 3.1.7. Dados relativos à actual gravidez

#### 3.1.7.1. Planeamento/Conhecimento

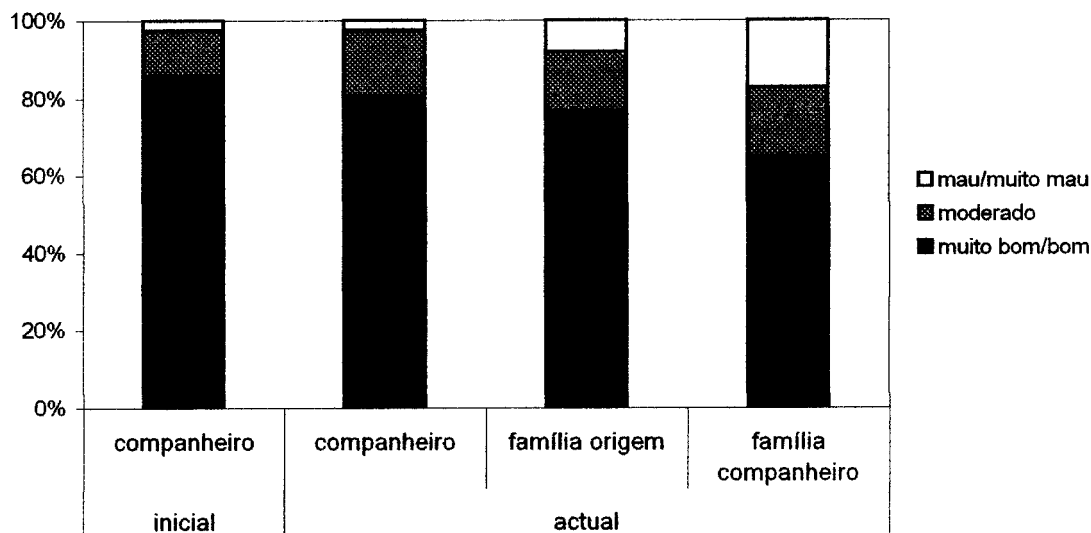
Metade das adolescentes da amostra planeou a actual gravidez (47.8%), a outra metade, em partes idênticas, não planeou mas desejou (26.7%) e não planeou nem desejou a gravidez (25.5%).

Para a maioria da amostra o conhecimento da gravidez ocorreu no primeiro trimestre de gestação (86.7%); em alguns casos, o conhecimento da gravidez só aconteceu no segundo trimestre (12.1%); e para um número reduzido apenas no terceiro trimestre da gravidez (1.2%).

A primeira pessoa a saber da gravidez foi geralmente o pai do bebé (52.8%); mas muitas adolescentes deram a conhecer a gravidez em primeiro lugar à mãe (21.1%), a outros familiares (15.5%) ou a amigos ou profissionais (10.6%).

Mais de metade das adolescentes deu a conhecer a gravidez imediatamente após tomar conhecimento do facto (52.2%); muitas adolescentes só o fizeram ao fim de um mês (22.5%), algumas deram a conhecer a gravidez após um a dois meses do seu conhecimento (12.6%), as restantes só o fizeram após três ou mais meses (12.7%). Muitas grávidas contaram de imediato ao pai do bebé da gravidez (49.1%); um número significativo

**GRÁFICO 2**  
**Qualidade do relacionamento com o companheiro, com a família de origem e com a família do companheiro**



contou no primeiro mês após conhecimento (29.5%), outras informaram o companheiro da gravidez entre o primeiro e o segundo mês (7.0%), as restantes contaram depois de três ou mais meses (14.4%). Cerca de um terço das adolescentes (33.8%) informou os respectivos pais logo após tomar conhecimento que estava grávida, 36.3% fê-lo no primeiro mês, algumas informaram os pais ao fim de dois meses (9.6%) e um número relevante só o fez após três ou mais meses da tomada de conhecimento desse facto (20.3%).

### 3.1.7.2. Aceitação

Em mais de metade dos casos, a adolescente teve uma 'boa' ou 'muito boa' aceitação inicial da gravidez (58.1%); no entanto, uma em cada quatro teve uma aceitação inicial 'má' ou 'muito má' (25.3%) e algumas aceitaram apenas de forma 'moderada' (15.6%). Do mesmo modo, a maioria dos companheiros aceitou inicialmente 'bem' ou 'muito bem' a gravidez (74.2%), embora al-

guns tivessem uma aceitação 'moderada' (11.3%) e outros uma 'má' ou 'muito má' aceitação inicial da gravidez (14.5%). Menos de metade das famílias reagiu de início 'bem' ou 'muito bem' à gravidez (45.6% das famílias da adolescente e 49.4% das famílias do companheiro), pelo que a maior parte reagiu 'mal' ou 'muito mal' (31.6% das famílias da adolescente e 23.7% das famílias do companheiro) ou apenas com 'moderação' (22.8% das famílias da adolescente e 26.9% das famílias do companheiro).

No terceiro trimestre, a adolescente tem uma 'boa' ou 'muito boa' aceitação da gravidez em 82.3% dos casos; no entanto, uma pequena percentagem tem uma aceitação 'má' ou 'muito má' (2.5%) e algumas aceitam de forma 'moderada' (15.2%). Do mesmo modo, a grande maioria dos companheiros aceita 'bem' ou 'muito bem' a gravidez (83.5%), embora alguns tenham uma aceitação 'moderada' (8.9%) e outros uma 'má' ou 'muito má' aceitação da gravidez (7.6%). Cerca de três quartos das famílias aceita 'bem' ou 'mui-

to bem' à gravidez, no terceiro trimestre (76.1% das famílias da adolescente e 75.2% das famílias do companheiro), embora algumas ainda aceitem 'mal' ou 'muito mal' (6.3% das famílias da adolescente e 9.1% das famílias do companheiro) ou apenas com 'moderação' (17.6% das famílias da adolescente e 15.7% das famílias do companheiro).

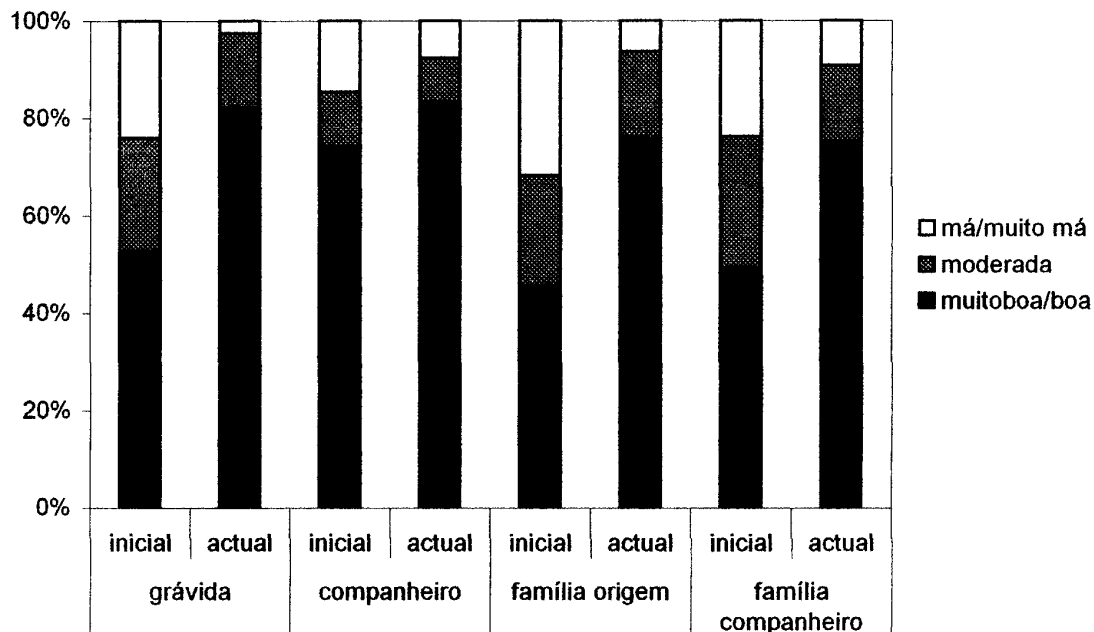
Existem diferenças significativas entre a aceitação inicial da gravidez pela mãe, em relação à aceitação inicial do pai, da sua família de origem e da família do pai do bebé: A aceitação inicial da adolescente é normalmente menos positiva (média=3.56) do que a aceitação inicial do companheiro (média=3.94) ( $t(158)=-4.416$ ,  $p=.000$ ), da família de origem (média=4.09) ( $t(157)=-4.531$ ,  $p=.000$ ) e da família do companheiro (média=4.25) ( $t(155)=-5.963$ ,  $p=.000$ ). Por altura do terceiro trimestre de gestação verifica-se uma diferença significativa em sentido contrário, entre a aceitação da gravidez pela adolescente, pela sua família de origem e pela família do companheiro,

mais positiva na grávida (média=5.07) e menos positiva na família de origem (média=4.90) ( $t(156)=3.223$ ,  $p=.002$ ) e na família do companheiro (média=4.80) ( $t(151)=3.828$ ,  $p=.000$ ).

Verifica-se uma associação significativa entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e pelo companheiro, ou seja, quando a adolescente aceita melhor, um número maior de companheiros do que o esperado numa distribuição ao acaso também aceita positivamente a gravidez, e quando a adolescente aceita pior, um número mais elevado de companheiros do que o esperado refere uma aceitação menos positiva da gravidez ( $X^2(1)=30.380$ ,  $p=.000$ ). De igual modo, verifica-se uma associação entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e pela sua família: as adolescentes que aceitam melhor a gravidez fazem em maior número parte de famílias que aceitam também mais positivamente a gravidez, enquanto que as adolescentes que aceitam pior a gravidez associam-se a famílias que aceitam menos positivamente a gravidez, num número supe-

GRÁFICO 3

Aceitação da gravidez: Grávida, companheiro, família de origem e família do companheiro



rior do que seria esperado numa distribuição aleatória ( $X^2(1)=3.329$ ,  $p=.048$ ). A mesma relação é encontrada entre a aceitação inicial da gravidez pela adolescente e aceitação inicial da gravidez pela família do companheiro: as adolescentes que aceitam pior a sua gravidez tem em maior número companheiros cujas famílias aceitam também menos positivamente a gravidez ( $X^2(1)=4.603$ ,  $p=.023$ ). No que se refere à aceitação da gravidez no terceiro trimestre de gestação, igual associação significativa foi observada entre a aceitação da adolescente e do companheiro ( $X^2(1)=85.979$ ,  $p=.000$ ), a aceitação da adolescente e da sua família ( $X^2(1)=3.329$ ,  $p=.048$ ) e a aceitação da adolescente e da família do companheiro ( $X^2(1)=56.352$ ,  $p=.000$ ).

Quando se analisa a relação entre a aceitação da gravidez pelo pai do bebé, mas agora com a aceitação da gravidez pela sua família de origem, verifica-se, do mesmo modo, uma associação significativa: quando o pai aceita melhor a gravidez a sua família tende igualmente a aceitar mais positivamente a gravidez, enquanto que os pais que aceitam pior a gravidez pertencem geralmente a famílias que também aceitam mais negativamente a gravidez, quer inicialmente ( $X^2(1)=16.714$ ,  $p=.000$ ), quer por altura do terceiro trimestre de gestação ( $X^2(1)=68.012$ ,  $p=.000$ ).

#### 3.1.7.3. Hábitos de Consumo

Mais de uma em cada cinco adolescentes afirma ter hábitos tabágicos no terceiro trimestre de gestação (21.7%) e quase metade fumava antes de engravidar (47.2%). No que diz respeito ao consumo de álcool, um número bastante mais reduzido de adolescentes refere consumo regular por altura da concepção (3.7%) ou durante a gestação (1.2%). Relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, 0.6% consome na gravidez e 5.0% consumia antes de engravidar. A maioria dos companheiros tem também hábitos tabágicos (70.6%), alguns têm história de consumo de substâncias ilícitas (17.4%) ou consumo actual (9.4%), muito consomem regularmente álcool (23.6%), sendo em alguns casos alcoólicos (1.2%).

#### 3.1.7.4. Acompanhamento Médico

Para mais de metade das adolescentes, a primeira consulta de obstetrícia ocorreu durante o

primeiro trimestre de gestação (56.7%) [no primeiro (4.5%), segundo (26.1%) ou terceiro (26.1%) mês de gravidez]; contudo, muitas só foram acompanhadas a partir do segundo trimestre (20.5%) [no quarto (18.5%) ou quinto mês de gravidez (12.0%)] e um número importante de adolescentes somente no último trimestre de gestação (13.8%).

As adolescentes elegem habitualmente a mãe (40.6%) ou o companheiro (23.1%) para as acompanharem na primeira consulta de obstetrícia; existem, porém, algumas que vão sozinhas à consulta (14.4%). Posteriormente, em cerca de um terço dos casos, as adolescentes vêm à MJD acompanhadas pelo companheiro (26.4%), ou pela respectiva mãe (33.3%), ou vêm sozinhas (23.3%). No entanto, a maioria das adolescentes entra na consulta sozinha (49.4%), embora algumas entrem com a mãe (25.6%); poucas são as que entram com o companheiro (15.4%).

No terceiro trimestre de gravidez, cerca de três quartos das adolescentes da amostra já sabe qual o sexo do bebé (70.4%) e decidiu qual o nome a dar-lhe (76.1%). A grande maioria também já planeou em que instituição quer que o parto se realize (96.2%) e um número considerável (75.0%) gostava de ter companhia no parto. Quase todas as mães (94.3%) referem que após o parto terão o apoio de pessoas próximas para cuidar do filho.

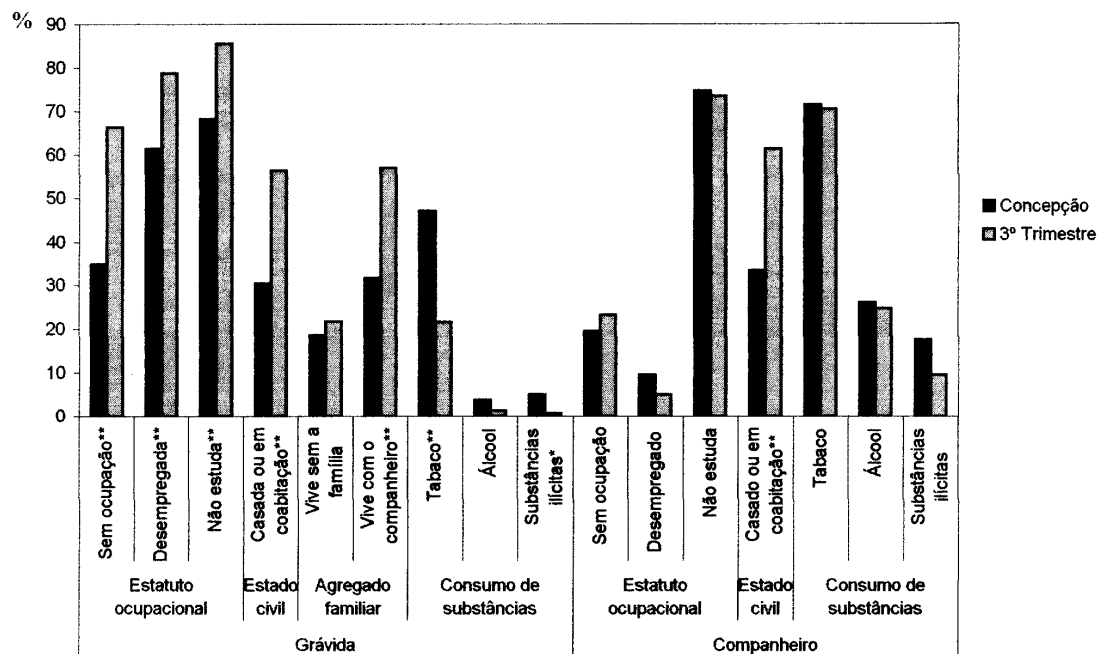
#### 3.2. *Mudanças nas condições de existência das grávidas adolescentes e seus companheiros ao longo da gestação*

Os resultados relativos ao segundo objectivo deste estudo – a caracterização das mudanças nas condições de existência das adolescentes atendidas na consulta e seus companheiros, ao longo da gestação, – referem-se a testes não paramétricos para amostras emparelhadas e a testes de qui-quadrado considerando a avaliação das seguintes dimensões à concepção e no terceiro trimestre: 1) estatuto ocupacional; 2) estado civil; 3) agregado familiar; 4) relacionamento (com o companheiro, a família de origem e a família do companheiro); 5) aceitação da gravidez; 6) hábitos de consumo (cf. Gráfico 4).

##### 3.2.1. Estatuto ocupacional

A maior parte das adolescentes que participaram no estudo está desempregada e não estuda

GRÁFICO 4  
Mudanças nas condições de existência: Grávida e companheiro



por altura do terceiro trimestre de gravidez (66.5%), enquanto que por altura da concepção, um maior número de adolescentes estava empregada ou a estudar (65.2%), pelo que se verifica uma mudança significativa no estatuto ocupacional das utentes ( $X^2(1)=32.316$ ;  $p=.000$ ), sendo que 34.2% da amostra passa de um estado de ocupação para um estado de desocupação ao longo da gravidez (cf. Gráfico 4).

No que se refere especificamente a estudar, a percentagem de adolescentes que já não frequenta a escola por altura da concepção é elevada (68.3%), mas essa percentagem aumenta significativamente ao terceiro trimestre (85.7%), verificando-se que um número significativo de utentes deixa de estudar durante a gestação (19.3%) ( $X^2(1)=13.764$ ;  $p=.000$ ).

No que se refere ao emprego, um número importante de adolescentes está empregada quando engravida (38.5%), comparativamente ao número mais reduzido que se encontra empregada após a 24.<sup>a</sup> semana de gestação (21.1%), pelo que muitas adolescentes ficam sem emprego (19.9%)

e apenas uma pequena percentagem volta a trabalhar durante os primeiros meses de gestação (2.5%) ( $X^2(1)=11.636$ ;  $p=.000$ ).

A maior parte dos companheiros está ocupado no terceiro trimestre de gravidez (76.7%), da mesma forma que à concepção (80.5%), não se verificando mudanças significativas no estatuto ocupacional dos companheiros ao longo da gestação ( $X^2(1)=0.626$ ;  $p=.257$ ). No momento da concepção, poucos são os companheiros que estudam (9.4%); no terceiro trimestre da gravidez, só uma percentagem ainda menor está a estudar (5.0%), mas estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $X^2(1)=2.344$ ;  $p=.094$ ). No momento da concepção, a maior parte dos companheiros está a trabalhar (74.8%), situação que se mantém no terceiro trimestre de gravidez (73.6%), não se verificando mudanças significativas ( $X^2(1)=0.050$ ;  $p=.462$ ).

### 3.2.2. Estado civil

À semelhança do que se verificou para o esta-



tuto ocupacional, também se observa uma mudança significativa no estado civil das adolescentes no decorrer da gravidez, dado que 26.1% casam ou ficam a viver com o companheiro durante os últimos meses de gravidez (N=42) e apenas 2.5% das adolescentes deixa de viver com o companheiro neste período (N=4) ( $X^2(1)=19.182$ ;  $p=.000$ ).

No que concerne ao estado civil dos companheiros, por altura da concepção, os companheiros são em maioria solteiros (66.5%) e os restantes estão casados ou a viver em regime de coabitação (33.5%). No terceiro trimestre da gravidez, a situação altera-se, dado que menos de metade dos companheiros permanecem solteiros (38.5%), pelo que se verifica uma mudança significativa ( $X^2(1)=25.218$ ;  $p=.000$ ).

### 3.2.3. Agregado familiar

No terceiro trimestre de gravidez, embora menor, é ainda elevado o número de mães que permanece a viver com a família (78.2%), pelo que esta continua a ser a circunstância mais frequente na amostra em estudo, assim como continua a ser mais frequente a circunstância de a adolescente viver com a família sem o companheiro (41.6%). Logo a seguir, estão duas situações cuja frequência aumenta significativamente: a adolescente viver com a família e o companheiro (36.6%) e a adolescente viver com o companheiro sem a família (20.5%). Algumas adolescentes vivem sem a família e sem o companheiro (1.2%) .

A grande maioria das adolescentes vive com a família quer à concepção (81.4%), quer ao terceiro trimestre de gestação (78.3%), não se registando qualquer mudança significativa nesta condição ( $X^2(1)=0.482$ ;  $p=.298$ ) (cf. Gráfico 4).

Um número reduzido de adolescentes afirma que o pai do bebé faz parte do agregado familiar no momento da concepção (31.7%); no entanto, também nesta dimensão se observa uma profunda alteração durante a gravidez, pois no terceiro trimestre o pai faz parte do agregado familiar na maior parte dos casos (57.1%) (cf. Gráfico 4). Com efeito, os resultados mostram que um número significativo de adolescentes passou a viver com o companheiro (28.6%; N=46) e que apenas muito poucas adolescentes deixaram de viver com o pai do bebé na sequência da gravi-

dez (3.1%; N=5) ( $X^2(1)=21.146$ ;  $p=.000$ ) (cf. Gráfico 4).

Assim, os principais aspectos a assinalar quanto à alteração na estrutura familiar das mães adolescentes entre a concepção e o terceiro trimestre de gravidez são os seguintes: depois de grávida, a adolescente passa a viver com o companheiro (em 28.6% dos casos), e embora algumas adolescentes deixem a família para ir viver sozinhas com o companheiro (o que se verifica em 7.4% dos casos), a situação mais corrente é o companheiro ir viver com a adolescente que permanece com a família (o que se verifica em 36.6% dos casos da amostra).

### 3.2.4. Relacionamento (com o companheiro, a família de origem e a família do companheiro)

Na altura da concepção, a grande maioria das adolescentes (85.7%) mantinha um relacionamento estável com o pai do bebé; no entanto, algumas referem um relacionamento instável (11.8%) ou ocasional (2,5%). Por altura do terceiro trimestre de gravidez, na maioria dos casos as mães adolescentes qualificam de estável o seu relacionamento com o pai do bebé (80.6%), embora algumas mães descrevam esse relacionamento como instável (16.9%) ou ocasional (2.5%).

As mudanças observadas na percepção das adolescentes acerca da qualidade do seu relacionamento com o pai do bebé são estatisticamente significativas e indicam que, no terceiro trimestre de gravidez, percebem o relacionamento com o pai do bebé como mais instável do que quando engravidaram. Com efeito, 8.7% (N=14) das mães percebem a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como pior do que à concepção e apenas 3.7% (N=6) consideram a qualidade da relação com o pai do bebé no terceiro trimestre de gravidez como melhor do que à concepção ( $Z=-1.966$ ,  $p=.049$ ) (cf. Gráfico 2).

### 3.2.5. Aceitação da gravidez

No terceiro trimestre surgem mudanças significativas na aceitação da gravidez, que se traduzem por uma melhoria da aceitação da grávida, do companheiro e das famílias de ambos. Com



efeito, um número significativo de mães diz aceitar agora melhor (81.4%; N=131), embora algumas digam aceitar agora pior o facto de estarem grávidas (2.5%; N=4) ( $Z=-9.780$ ,  $p=.000$ ), o mesmo acontecendo, quer com os pais dos bebés, pois 72.7% (N=117) aceitam agora melhor enquanto que apenas 5.6% (N=9) aceitam agora pior a gravidez ( $Z=-8.140$ ,  $p=.000$ ), quer com a família da grávida, visto que 51.6% (N=83) aceitam agora melhor e apenas 2.5% (N=4) aceitam pior a gravidez ( $Z=-7.883$ ,  $p=.000$ ), quer ainda com a família do companheiro, já que 40.4% (N=65) aceitam agora melhor e só 2.5% (N=4) aceitam pior a gravidez ( $Z=-6.706$ ,  $p=.000$ ) (cf. Gráfico 3).

### 3.2.6. Hábitos de consumo

No terceiro trimestre de gestação não muitas adolescentes afirmam ter hábitos tabágicos (21.7%); contudo, antes de engravidarem cerca de metade fumava (47.2%). Por consequência, verifica-se que um número significativo de adolescentes deixou de fumar no decorrer da actual gravidez (26.7%), embora algumas estejam a fumar mais do que fumavam antes de engravidar (1.2%) ( $X^2(1)=23.111$ ;  $p=.000$ ). No que diz respeito aos hábitos de consumo de álcool, só um número reduzido de adolescentes refere consumo regular (3.7% por altura da concepção e 1.2% durante a gravidez). Já em relação ao consumo de substâncias ilícitas, acontece essencialmente à concepção (5.0%) e é quase inexistente ao terceiro trimestre (0.6%), o que revela uma mudança significativa nos hábitos de consumo de substâncias ilícitas nas grávidas adolescentes ( $X^2(1)=5.601$ ;  $p=.018$ ). No entanto, a grande maioria dos companheiros tem hábitos tabágicos, o que se verifica quer à concepção (71.7%), quer ao terceiro trimestre de gestação (70.6%). O consumo de álcool, verifica-se por parte dos companheiros tanto à concepção (26.1%, dos quais 0.6% são alcoólicos), como no terceiro trimestre de gravidez (24.8%, dos quais 1.2% são alcoólicos). Uma diminuição significativa no uso de substâncias ilícitas pelos companheiros foi observada no decorrer da gravidez ( $X^2(1)=4.545$ ;  $p=.024$ ): 17.6% têm consumo de substâncias ilícitas à concepção e apenas 9.4% no terceiro trimestre (cf. Gráfico 4).

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo que desenvolvemos sobre as adolescentes atendidas na Consulta Externa de Obstetrícia para Grávidas Adolescentes da MJD, encontramos uma sobre-representação de condições existenciais menos favoráveis, tais como: baixos níveis de escolaridade, empregos de baixa remuneração, exclusão do sistema de ensino ou de emprego, ou seja, as mesmas condições adversas que foram apontadas em estudos empíricos realizados, quer no nosso (e.g., Almeida, 1987; Grande, 1997; Jongenelen, 1998; Pacheco et al., 2003; Silva & Nóbrega, 1983), quer nos demais países ocidentais (e.g., Coley & Chase-Lansdale, 1998; Stevens-Simon & McAnarney, 1996). Com efeito, observamos que: em mais de um quarto da amostra ambos os pais são adolescentes (31.9%); a maior parte das vezes quer a grávida (78.3%) quer o companheiro (71.8%) não têm a escolaridade obrigatória; embora muitos companheiros estejam empregados (73.8%) a maioria das grávidas está desempregada (66.5%); quase todas as adolescentes (95.2%) e companheiros (92.7%) têm profissões de baixa qualificação.

Muito embora não se encontre grande variabilidade nas restantes características sociais e demográficas da amostra, verifica-se alguma heterogeneidade no que se refere ao agregado familiar: não obstante a maior parte das adolescentes viver com a família (78.2%), um número elevado coabita com o companheiro (57.2%), sendo a situação mais corrente viver com a família sem o companheiro (41.6%), contudo, muitas adolescentes vivem com a família e o companheiro (36.6%) ou só com o companheiro (20.6%).

A presença de um número elevado de circunstâncias adversas na trajectória desenvolvimental, quer das mães adolescentes (e.g., Barnett et al., 1991; Botting, Rosato, & Wood, 1998; Davis, 1989; Ellis et al., 2003; Hillis et al., 2004; Hobcraft & Kiernan, 1999; Hogan & Kitagawa, 1985; Holden et al., 1993; Kiernan, 1995; Miller et al., 1986; Parker, Soeken, & Torres, 1993; Zabin, 1993), nomeadamente quando se compara adolescentes que engravidam com adolescentes que não engravidam, quer dos seus companheiros (e.g., Ekeus & Chirstensson, 2003; Pirog-Good, 1995), tem sido salientada em muitos estudos, alguns dos quais no nosso país (e.g., Pacheco et al., 2003b). A semelhança do que foi observado nessas in-

vestigações, encontramos a presença de pelo menos uma condição desenvolvimental adversa em 73.3% das grávidas e 61.1% dos companheiros. São particularmente de assinalar na amostra as situações de maternidade na adolescência dos pais em estudo (em 37.3% das grávidas e 6.5% dos companheiros), separação parental (em 28.6% das grávidas e 21.8% dos companheiros), separação em relação aos pais (em 22.4% das grávidas e 17.9% dos companheiros), abuso de substâncias na família (em 13.7% das grávidas e 5.1% dos companheiros), história de maus tratos ou negligência (em 11.8% das grávidas e 8.5% dos companheiros), tentativa de suicídio (em 9.3% das grávidas e 1.3% dos companheiros), problemas com a justiça (em 3.1% das grávidas e 5.7% dos companheiros) e consumo de substâncias ilícitas (em 5.0% das grávidas e 17.4% dos companheiros).

Uma das dificuldades associadas à vivência da maternidade na adolescência é por certo o facto de obrigar à gestão de um número acrescido de mudanças, para além daquelas que geralmente caracterizam a experiência de maternidade em qualquer idade. Talvez por isso a relação com o pai do bebé deteriora-se consideravelmente durante a gestação. Por exemplo, o estatuto ocupacional da grávida sofre alterações no sentido de uma maior instabilidade, dado que uma em cada três adolescentes passa de ocupada a desocupada (34.2%), 19.3% deixa de estudar e 19.9% fica sem emprego, entre a concepção e o terceiro trimestre de gestação. Com efeito, no decurso da gravidez, a adolescente tem não só que se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais associadas à maternidade enquanto período de desenvolvimento (Figueiredo, 2001a), como tem ainda que lidar com as exigências normativas do período desenvolvimental que atravessa, a adolescência (Figueiredo, 2001b). Para além disso, tem igualmente que se adaptar a um outro vasto conjunto de mudanças que a gravidez implicou no seu estatuto ocupacional, social e relacional, tal como mostra o presente artigo, também assinaladas em Portugal por outros autores (Almeida, 1987; Jongenelen, 1998; Pacheco et al., 2003b).

## 5. CONCLUSÃO

Uma primeira conclusão a tirar do estudo que

apresentamos neste artigo é que a maternidade na adolescência se associa geralmente à presença de condições muito desfavoráveis, quer do ponto de vista económico e social, quer do ponto de vista desenvolvimental, podendo ser portanto considerada uma situação de risco. Tais condições podem ter funcionado como circunstâncias de risco, contribuindo para a gravidez na adolescência, mas são igualmente susceptíveis de potencializar dificuldades e práticas de cuidados parentais menos adequadas, como podem com frequência ser observadas junto de mães adolescentes (Figueiredo, 2000; Zuravin & DiBlasio, 1996).

Uma segunda conclusão refere-se ao elevado número de mudanças que muitas adolescentes tem que enfrentar durante a gestação assim como para lidar com as exigências que tais mudanças obrigam.

Prestar uma ajuda adequada a uma população em risco obriga ao conhecimento detalhado das circunstâncias que efectivam esse mesmo risco, tal como foi objecto do presente estudo. Tendo em conta os resultados obtidos, podemos concluir que uma boa parte das utentes atendidas na nossa consulta necessita de um apoio suplementar adequado às suas necessidades específicas de tipo económico, social, ocupacional, psicológico e desenvolvimental. No entanto, o estudo mostra também que uma outra boa parte parece estar capaz de mobilizar ou ter à sua disposição os recursos necessários à sua boa adaptação à gravidez. Caracterizar e prestar ajuda à maternidade na adolescência obriga a ter em conta ambas as situações, sob pena de podermos ficar com uma imagem deformada da realidade, que dificulta a prestação de cuidados adequados às necessidades de cada mãe.

## REFERÊNCIAS

- Allen, I., & Dowling, S. (1998). *Teenage mothers: Decision and outcomes*. London: Policy Studies Institute.
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alvarez, M. L., Burrows, R., Zvaighat, A., & Santiago, M. (1987). Sociocultural characteristics of pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status: a comparative study. *Adolescence*, 22, 149-156.

- Apfel, N., & Seitz, V. (1997). The firstborn sons of African American teenage mothers: perspectives on risk and resilience. In S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti, & J. Weisz (Eds.), *Development psychopathology – perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 486-506). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arias, E., MacDorman, M. F., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2003). Annual summary of vital statistics – 2002. *Pediatrics*, 112 (6), 1215-1230.
- Baranowski, M. D., Schilmoeller, G. L., & Higgins, B. S. (1990). Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence*, 25 (100), 781-790.
- Barnett, J. K., Papini, D. R., & Gbur, E. (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and non-pregnant adolescents. *Adolescence*, 26 (102), 457-472.
- Botting, B., Rosato, M., & Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, 93, 19-28.
- Boxer, A. M. (1992). Adolescent pregnancy and parenthood in the transition to adulthood. In M. K. Margaret, & F. M. Testa (Eds.), *Early parenthood and coming of age in the 1990s* (pp. 46-54). New Brunswick: Rutgers.
- Broussard, E. R. (1995). Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 25 (4), 211-219.
- Bynner, J., & Parsons, S. (1999). *Young people not in employment, education and training and social exclusion*. Analysis of the British Cohort Study 1970 for the Social Exclusion Unit.
- Chang, S. C., O'Brien, K. O., Nathanson, M. S., Mancini, J., & Witter, F. R. (2003). Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents. *Journal of Pediatrics*, 143 (2), 250-257.
- Chase-Lansdale, P. L., & Brooks-Gunn, J. (1994). Correlates of adolescent pregnancy and parenthood. In C. B. Fisher, & R. M. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology* (pp. 207-235). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Clearie, A. F. (1985). International trends in teenage pregnancy: an overview of sixteen countries. *Biology and Society*, 2 (1), 23-30.
- Coley, R., & Chase-Lansdale, L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidences and future directions. *American Psychologist*, 53 (2), 152-166.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Rose, E., & Lang, D. (2003). Correlates of unplanned and unwanted pregnancy among African-American female teens. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3), 255-358.
- da Silva, A. A., Simões, V. M., Barbieri, M. A., Bettiol, H., Lamy-Filho, F., Coimbra, L. C., & Alves, M. T. (2003). Young maternal age and preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17 (4), 332-339.
- Davis, S. (1989). Pregnancy in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 36, 665-680.
- Ekeus, C., & Christensson, K. (2003). Reproductive history and involvement in pregnancy and childbirth of fathers of babies born to teenage mothers in Stockholm, Sweden. *Midwifery*, 19 (2), 87-95.
- Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S., & Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 74 (3), 801-821.
- European Commission (2000). Report on the state of young people's health in the European Union.
- Eurostat (1999). Statistical Office of the European Communities. In [www.europa.eu.int/comm/eurostat](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat)
- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *Journal for Midwifery Women's Health*, 48 (3), 178-185.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18 (4), 485-499.
- Figueiredo, B. (2001). I Am a Teenage Mother. In *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*, Mental Health Europe and European Commission, Directory of Projects in Europe, p. 69.
- Figueiredo, B. (2001a). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2001b). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 221-238.
- Figueiredo, B., Matos, R., Magarinho, R., Martins, C., Jongenelen, I., Guedes, A., Lopes, L., Gameiro, H., & Soares, I. (2000). Ser jovem e ser mãe: Um programa de prevenção psicológica para mães adolescentes??. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 11-24). Lisboa: ISPA.
- Frodi, A., Grolnick, W., Bridges, L., & Berko, J. (1990). A comparison between infants of adolescent and adult mothers on affective and master related measures. *Adolescence*, 25, 363-374.
- Furstenberg, F., & Brooks-Gunn, J. (1985). Adolescent fertility: causes, consequences and remedies. In D. M. L. Aiken (Ed.), *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Grande, C. (1997). *Subsídios para o estudo da gravidez e da maternidade em adolescentes: Análise comparativa numa perspectiva ecológica de mães adolescentes com adolescentes sem história de gravidez em duas freguesias do Porto*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Hann, D. M., Osofsky, J. D., & Culp, A. M. (1996). Relating the adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 17 (4), 302-309.

- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113 (2), 320-327.
- Hobcraft, J., & Kiernan, K. (1999). Childhood poverty, early motherhood, and adult social exclusion. Analysis for the Social Exclusion Unit, CASE paper 28, LSE.
- Hogan, D., & Kitagawa, E. (1985). The impact of social status, family structure, and neighbourhood on the fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90, 825-855.
- Holden, G., Nelson, P., Velasquez, J., & Ritchie, K. (1993). Cognitive, Psychosocial, and reported sexual behaviour differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 28 (111), 557-572.
- Irvine, H., Bradley, T., Cupples, M., & Boohan, M. (1997). The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: unresolved issues. *British Journal of General Practice*, 47, 323-326.
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2003). Maternal discussions about pregnancy and adolescents, attitudes toward pregnancy. *Journal Adolescent Health*, 33 (2), 84-87.
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2003). Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes toward pregnancy as predictors of pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 79-83.
- Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na adolescência – uniformidade e diversidade no desenvolvimento*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Justo, J. (2000). Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva e não só. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (2), 97-147.
- Kiernan, K. (1995). *Transition to parenthood: Young mothers, young fathers – associated factors and later life experiences*. Welfare State Programme, Discussion Paper WSP/113, LSE.
- Kirchengast, S., & Hartmann, B. (2003). Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *American Journal of Human Biology*, 15 (2), 220-228.
- Mendes, M. F., Horta, R., Paulo, P., & Lopes, M. J. (1997). From maternal-child health to the achievement of autonomy. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 15/16, 3-7.
- Michael, R., Gagnon, J., Lauman, E., & Kolat, G. (1994). *Sex in America*. Boston: Little Brown and Co.
- Miller, B., McCoy, J., Olson, T., & Wallace, C. (1986). Parental discipline and control attempts in relation to adolescent sexual attitudes and behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 503-512.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 533-541.
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth and Society*, 26 (3), 325-350.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003a). Estilo de vinculação, qualidade da relação com as figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35-59.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Magarinho, R. (2003b). Caracterização Social e Demográfica das Utentes da Consulta Externa de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (4), 227-238.
- Parker, B. M. J., Soeken, K., & Torres, S. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nursing Research*, 42 (3), 173-178.
- Pearce, B., Cantisani, G., & Laihonon, A. (1999). Changes in fertility and family sizes in Europe. *Population Trends*, 95, 33-40.
- Pirog-Good, M. (1995). The family background and attitudes of teen fathers. *Youth & Society*, 26 (3), 351-376.
- Santos, R. (1997). Gravidez em mães adolescentes: Estudo no distrito de Beja 1986-1991. *Acta Médica Portuguesa*, 10, 681-688.
- Silva, M., & Nóbrega, J. (1983). Estudo do Parto em Mães Adolescentes Portuguesas. *Arquivo Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, 8, 29-42.
- Silva, O. S., Cabral, H., & Zuckerman, B. (1993). Adolescent pregnancy in Portugal: effectiveness of continuity of care by an obstetrician. *Obstetrics and Gynecology*, 81, 142-146.
- Simoes, V. M., da Silva, A. A., Bettiol, H., Lamy-Filho, F., Tonial, S. R., & Mochel, E. G. (2003). Characteristics of adolescent pregnancy, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5), 559-565.
- Smith, T. (1993). Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *British Medicine Journal*, 306, 1232-1235.
- Social Exclusion Unit (1999). *Teenage Pregnancy*. Report Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty. London: Stationery Office Limited.
- Speak, S., Cameron, S., Woods, R., & Gilroy, R. (1995). *Young single mothers: barriers to independent living*. Oxford: Family Policy Studies.
- Stevens-Simon, C., & McAnarney, E. (1996). Adolescent pregnancy. In W. H. R. DiClemente, & L. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 313-332). New York: Plenum Press.



- Susman-Silman, A., Kalkose, M., Egeland, B., & Waldman, I. (1996). Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. *Infant Behavior and Development*, 19, 33-47.
- Ventura, S. J., Abma, J. C., Mosher, W. D., & Henshaw, S. (2003). Revised pregnancy rates, 1990-97, and new rates for 1998-99: United States. *National Vital Statistics Report* 31, 52 (7), 1-14.
- Wang, C. S., & Chou, P. (2003). Differing risk factors for premature birth in adolescent mothers and adult mothers. *Journal of the Chinese Medical Association*, 66 (9), 511-517.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., et al. (1996). *Teenage sexuality, fertility and life chances*. A report prepared for the Department of Health using data from the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles.
- Zabin, L., & Hayworth, S. (1993). *Adolescent sexual behavior and child bearing*. California: Sage Publications.
- Zuravin, S., & DiBlasio, F. (1996). The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *Journal of Family Violence*, 3 (2), 149-166.

## RESUMO

O presente estudo tem por principal objectivo caracterizar as condições relativas à gravidez na adolescência em Portugal. Ao analisar as mudanças que ocorrem ao longo da gestação, em áreas significativas da vida da adolescente, pretende também contribuir para o melhor conhecimento das dificuldades associadas a esta problemática.

Uma amostra de 161 adolescentes, atendidas na Consulta Externa de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (MJD, Porto), no período entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2003, foi entrevistada, durante o terceiro trimestre de gestação, com base no Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes da MJD (Figueiredo, 2000), composto por 125 perguntas fechadas, destinadas à recolha de dados sociais e demográficos, respeitantes à adolescente, ao companheiro e à família de origem, bem como ao levantamento das circunstâncias médicas, psicológicas e sociais de risco em que a gravidez decorre.

À semelhança do que tem sido reportado por diversos autores, em estudos realizados em Portugal, assim como noutros países, encontramos, na nossa consulta, uma elevada frequência de casos pertencentes às camadas mais desfavorecidas da população, não obstante a variabilidade social e demográfica da amostra, com predomínio de: baixos níveis de escolaridade, situações de precariedade económica, desemprego e profissões de reduzida qualificação. Os dados indicam ainda a presença muito frequente de experiências anteriores de vida adversas e de problemas na família de origem,

quer da grávida, quer do seu companheiro. Outras circunstâncias desfavoráveis foram observadas, pois muitas vezes a gravidez não foi desejada, não foi planeada, o acompanhamento médico foi tardio e verifica-se consumo de tabaco.

Os resultados sugerem também que uma importante dimensão do problema é a drástica mudança que acontece em diversas áreas de vida da adolescente, particularmente ao nível do seu estatuto ocupacional, estatuto matrimonial, agregado familiar e relacionamento com o companheiro, que frequentemente se deteriora no decurso da gravidez.

Em conclusão, este estudo alerta para as dificuldades e situações de risco nas quais a gravidez na adolescência pode ocorrer e contribui para a necessária melhor compreensão da especificidade associada a esta problemática, imprescindível à resposta adequada às reais necessidades das mães. Mostra ainda que uma ajuda suplementar justifica-se em muitos casos, dadas as circunstâncias desfavoráveis em que a gravidez na adolescência se verifica, que o presente artigo retracts.

*Palavras-chave:* Gravidez na adolescência, características sociais e demográficas, circunstâncias adversas de existência, serviços de saúde.

## ABSTRACT

The principal aim of the present study is to characterize the conditions in which adolescent pregnancy occurs in Portugal. As its analyses the changes that may happen during the gestation, in significant areas of the adolescent life, a contribute to a better understanding of the difficulties associated with this problematic is also intended.

A sample of 161 pregnant adolescent outpatients of the Julio Dinis Maternity Hospital Service for Adolescent Mothers between 2000 and 2003 were interview, during the third trimester of pregnancy, on the base of a 125 close questions questionnaire (Questionário da Consulta de Grávidas Adolescentes da MJD; Figueiredo, 2000), collecting information about socio-demographic data regarding the subject, the partner and the family of origin, as well as about medical, psychological and social risk circumstances related with pregnancy.

As literature has been pointing out, in Portuguese as in other countries studies, we observed an over-representation of cases belonging to the most unprivileged population, despite the variability on the socio-demographics of the sample: low educational levels, precarious economic situations, unemployment and low qualification professions. Our results also indicate the high frequency of problems on the family of origin and of previous adverse life experiences regarding the adolescent, as well as the partner. We found other unfavorable circumstances, as commonly the pregnancy is

not planned, not desired, not medically assisted and tobacco is used.

Our data also suggest that one important dimension of the problem is the great changes that occur in several areas of the adolescent life, especially on their occupational status, marital status, familiar aggregate, and relationship with the partner, which is worse by the end of the pregnancy.

In conclusion, this study alerts for several difficulties and risk conditions in which adolescent pregnancy

may occurs and gives us the necessary better comprehension of the specificities related to this problem to the assistance of the real mother's needs. It also shows that in many cases a supplementary help is justified, taking in account the adverse circumstances in which the pregnancy occurs that this article shows.

*Key words:* Adolescent motherhood, socio-demographic characteristics, adverse life circumstances, health services.